

lement chez les vieillards, qu'il s'agisse du squirrhe ou surtout de l'encéphaloïde, qui est de beaucoup le plus fréquent.

Tant que la tumeur est contenue dans la loge prostatique, il n'y a que les apparences d'une hypertrophie de la prostate avec des déformations et des bosselures plus ou moins marquées. Quand les aponévroses sont perforées, des fongosités se développent dans l'urèthre, dans la vessie, qui peut être tapissée de nodosités à sa surface extérieure; rarement la tumeur envahit le rectum ou les vésicules séminales et exceptionnellement les parties molles du périnée.

Les ganglions des parties latérales et inférieures du bassin, les ganglions lombaires et mésentériques et les ganglions inguinaux sont engorgés, quand les parties péri-prostatiques sont envahies.

L'infection générale se fait dans les viscères, dans le squelette et particulièrement dans le foie (Berger).

**Symptômes et diagnostic.** — Le cancer de la prostate peut évoluer sans être reconnu du vivant du malade.

La *dysurie* est en général le symptôme du début; les troubles de la miction et les caractères des urines ont la plus grande analogie avec ceux que l'on observe dans les cystites chroniques. Un seul phénomène pourrait éclairer le diagnostic, à savoir, l'issue par l'urèthre de détritits néoplasiques reconnus au microscope.

L'*hématurie*, qui peut être très abondante et se produire en dehors de la miction ou à l'occasion d'un cathétérisme, a surtout de la valeur diagnostique quand elle accompagne des *douleurs profondes* et *tenaces*, paroxystiques, localisées au périnée et s'irradiant aux membres inférieurs, au bassin, aux aines, à la région sacrée.

A cette période, le toucher rectal fait reconnaître une tumeur qui par elle-même n'a rien de caractéristique; la dureté ligneuse du squirrhe ou la mollesse inégale de l'encéphaloïde pouvant se retrouver dans l'hypertrophie prostatique. Le palper abdominal peut faire percevoir une tumeur dure ou mollesse, débordant la symphyse et se développant du côté de l'abdomen.

L'existence simultanée de troubles de la miction et de douleurs vives, le développement rapide de la tumeur, l'altération de l'état général beaucoup plus précoce que celle de la cachexie urineuse simple, la présence d'engorgements ganglionnaires inguinaux, seront de bons éléments d'un diagnostic toujours délicat, puisque, sur 45 observations, Jolly a relevé 41 erreurs de diagnostic.

**Traitement.** — Le traitement dans la plupart des cas ne peut être que palliatif et ne vise que les indications symptomatiques.

L'extirpation de la prostate cancéreuse, conseillée par Kùchler et Billroth et exécutée par Demarquay et Letiévart, ne mérite guère d'entrer dans la pratique.

## CHAPITRE IV

### AFFECTIONS DE L'URÈTHRE.

#### I

#### VICES DE CONFORMATION DE L'URÈTHRE.

Les vices de conformation de l'urèthre qui peuvent intéresser le chirurgien sont : 1° l'étranglement congénital du méat et le rétrécissement congénital d'une portion du canal; 2° l'imperforation complète de l'urèthre avec ou sans canal de dérivation; 3° les fissures qui comprennent l'hypospadias et l'épispadias; 4° les dilatations; 5° les embouchures anormales de l'orifice de l'urèthre.

#### 1° ÉTROITESSE DU MÉAT.

L'anomalie peut être assez peu prononcée pour qu'elle ne soit reconnue que s'il y a nécessité de sonder le malade; d'autres fois, le méat est si incomplètement perforé qu'il n'existe qu'une ouverture presque imperceptible laissant échapper l'urine goutte à goutte ou par un jet filiforme. Il peut n'en résulter qu'une lenteur plus ou moins grande de la miction; mais chez certains sujets, ce vice de conformation peut donner lieu aux conséquences d'un rétrécissement ou déterminer une cystite. Il peut amener une incontinence d'urine, des douleurs dans l'éjaculation, des névralgies testiculaires, sus-pubiennes, crurales, des phénomènes spasmodiques avec ou sans rétention d'urine (Otis); il aggrave ou prolonge la blennorrhagie.

Chez la femme, cette malformation se traduit surtout par la fréquence de la miction et peut donner lieu à des phénomènes hystériques.

Le traitement consiste à agrandir l'ouverture soit d'un coup de bistouri, soit à l'aide d'un petit lithotome spécial.

Les *rétrécissements congénitaux* de l'urèthre sont très rares; on a distingué des rétrécissements *cylindriques* et *annulaires* et des rétrécissements *valvulaires* (Guyon). Dans le premier cas, le canal peut être converti sur une grande étendue en un tube dur et droit; dans le second, on a observé en divers points de l'urèthre des valvules analogues aux valvules veineuses.

## 2° IMPERFORATION DE L'URÈTHRE.

L'occlusion peut porter sur le méat seul ou sur l'un des segments du canal ou sur ces deux parties à la fois. L'occlusion congénitale du méat, surtout observée chez les garçons, est la variété la plus fréquente. Tantôt il n'y a aucune trace d'ouverture au bout du gland, tantôt l'extrémité de l'urèthre est disposée comme à l'ordinaire, mais les bords de l'ouverture sont collés à l'autre. En général, dans ces cas, l'ouverture de l'urèthre se trouve sous forme de fente étroite au niveau du frein (Le Fort).

L'occlusion de l'urèthre par un diaphragme de la muqueuse tendu sur un point du canal est beaucoup moins bien établie. On a vu l'urèthre transformé en un cordon plein dans la portion membraneuse et quelquefois dans toute l'étendue du canal.

Ces dispositions peuvent provoquer une rétention d'urine intratérine capable de mettre obstacle à l'accouchement naturel.

Les lèvres du méat accolées peuvent être facilement écartées; sinon, une incision, puis une ponction avec un petit trocart, permettent de retrouver le segment d'urèthre voisin.

Dans les cas connus d'occlusions profondes de l'urèthre, l'obstacle a été vaincu par un cathétérisme forcé ou par une incision pratiquée plus ou moins profondément dans la direction présumée du canal.

## 3° FISSURES DE L'URÈTHRE.

### a. — HYPOSPADIAS.

L'*hypospadias* (Galien) est un vice de conformation caractérisé par la division ou l'absence de la paroi inférieure de l'urèthre, de telle sorte que ce canal s'ouvre à la face inférieure du pénis, à une distance variable de l'extrémité du gland; ce vice de conformation a bien été étudié par Bouisson (1861) et par Duplay (*Archives générales de médecine*, 1874 et 1880).

L'*hypospadias* se rencontrerait une fois sur trois cents individus (Bouisson).

Il est dû à un arrêt de développement et résulte du manque de réunion des divers bourgeons qui doivent former l'urèthre.

**Anatomie pathologique.** — Suivant l'étendue du manque de substance à la partie inférieure de l'urèthre, on a distingué (Bouisson) quatre variétés d'*hypospadias* désignés sous les noms d'*hypospadias balanique*, *pénien*, *scrotal* et *périnéal*. Dans l'*hypospadias balanique*, l'urèthre s'ouvre à la face inférieure du gland, tandis que dans l'*hypospadias pénien*, l'ouverture anormale du canal se trouve à la face inférieure de la partie libre de la verge, dans l'intervalle compris entre le gland et le scrotum.

Duplay, pour mieux préciser le siège de l'ouverture anormale de l'urèthre dans les variétés scrotale et périnéale, distingue un *hypospadias péno-scrotal* et *périnéo-scrotal*, suivant que l'urèthre s'ouvre sur le scrotum, soit au voisinage de l'union de la verge avec les bourses, soit au voisinage de l'union des bourses avec le périnée.

La verge est incurvée en bas et maintenue dans cette position par une bande fibreuse sous-jacente qui représente la partie absente du canal de l'urèthre; elle est toujours, à sa partie inférieure surtout, beaucoup plus courte qu'à l'état normal, par l'arrêt de développement des corps caverneux. Le gland seul est, en général, bien développé.

Dans les formes très prononcées de l'*hypospadias périnéo-scrotal*, où la verge est atrophiée et rétractée contre les deux moitiés du scrotum divisé et simulant les grandes lèvres, il y a une certaine difficulté

à reconnaître le sexe de l'individu. Les testicules font souvent défaut dans le scrotum, et il y a cryptorchidie.

Il est facile de prévoir les troubles fonctionnels liés à l'hypospadias : émission de l'urine dans une direction vicieuse, impossibilité du coït par incurvation de la verge au moment de l'érection ; émission perdue du sperme qui s'écoule en avant.

On connaît deux cas d'hypospadias chez la femme ; l'urèthre était représenté par une simple gouttière à concavité inférieure commençant au vestibule pour finir au col de la vessie.

**Traitement.** — Le traitement, dont nous ne pouvons que donner ici une idée générale, comprend : 1<sup>o</sup> le redressement de la verge incurvée ; 2<sup>o</sup> la création d'un nouveau canal avec oblitération de l'ouverture hypospadienne.

Le premier résultat s'obtient à l'aide d'incisions transversales pratiquées sur la bride qui représente l'urèthre et à travers l'épaisseur des corps caverneux.

Le second acte opératoire, c'est-à-dire la restauration du canal, ne doit être tentée que six ou huit mois seulement après la première opération. Cette restauration consiste à refaire successivement les diverses portions de l'urèthre, à des intervalles de temps plus ou moins éloignés. Pendant que ce nouveau canal est creusé à la face inférieure de la verge, on laisse subsister l'ouverture anormale de l'urèthre, de manière à soustraire le nouveau canal, durant sa confection, au contact de l'urine ; puis lorsque ce canal est bien formé, sans aucune tendance à la rétraction, on pratique l'abouchement des deux portions de l'urèthre par l'occlusion de la fistule scrotale.

Pour les détails de l'opération, nous ne pouvons que renvoyer aux mémoires de Duplay.

#### b. — ÉPISPADIAS.

L'*épispadias* (Chaussier et Duméril) est un vice de conformation caractérisé par une division plus ou moins étendue de la paroi supérieure de l'urèthre.

Il peut être *balanique*, *pénien* ou *complet*, suivant que l'orifice uréthral s'ouvre à la base du gland, sur le dos de la verge ou au niveau du pubis. Cette dernière variété est de beaucoup la plus fréquente.

Dans ces diverses formes, le pénis est court et volumineux ; dans l'*épispadias* complet, la verge est courte, recourbée et rétractée en haut et en arrière, de telle sorte que sa face supérieure se trouve en contact avec la paroi abdominale, tandis que l'inférieure regarde directement en avant et même un peu en haut. Il faut, pour examiner cette face supérieure, abaisser fortement la verge. On voit alors une gouttière plus ou moins creuse qui commence au gland et se termine profondément sous l'arcade pubienne par un *infundibulum* conduisant à l'orifice de sortie des urines.

L'*épispadias* incomplet n'entraîne que peu de troubles des fonctions ; dans l'*épispadias* complet, il existe le plus souvent une incontinence d'urine plus ou moins prononcée, tendant à disparaître sous l'influence d'une opération autoplastique pratiquée sur la verge même à une certaine distance du col vésical.

Les fonctions génitales ne s'exécutent que très imparfaitement.

L'*épispadias* se complique quelquefois de l'exstrophie de la vessie, de l'écartement du pubis et de la cryptorchidie.

Un cas observé dans le service de Guyon permet d'en admettre la possibilité chez la femme, en coïncidence avec d'autres malformations de l'appareil génital externe.

**Traitement.** — Les tentatives de restauration autoplastique du canal à l'aide de lambeaux cutanés faites par Dieffenbach (1857), Blandin, Nélaton (1852), n'ont donné que des résultats incomplets.

Thiersch (de Leipzig) a réalisé un grand progrès (1869) en formulant le principe de ne procéder à la réparation de l'*épispadias* que par une série de temps successifs.

Duplay applique à la cure de l'*épispadias* les mêmes principes et les mêmes procédés qu'à celle de l'hypospadias.

#### 4<sup>o</sup> DILATATION CONGÉNITALE DE L'URÈTHRE.

Ce vice de conformation, très rare, peut coïncider avec une absence des corps caverneux et une imperforation de l'urèthre au niveau du ligament pubien. Le fait le plus remarquable observé par Laugier est rapporté dans la thèse de Guyon (*Agrégation*, 1865).

Un appendice épais, en forme de crête, pendant de 4 centimètres, existait à la face inférieure de la verge chez un garçon de huit ans. Un stylet introduit par le méat tombait de suite dans cette poche.

Celle-ci se distendait et devenait transparente au moment de la miction, de manière à atteindre le volume d'un gros œuf de poule, et ne se vidait complètement que par la pression.

Dans un autre cas analogue au précédent observé par Hændrissz (d'Amsterdam), la guérison fut obtenue par la résection de la peau et de la muqueuse uréthrale et la suture des lambeaux, de manière à reconstituer un canal de dimension à peu près normale.

#### 5° EMBOUCHURES ANORMALES DE L'ORIFICE DE L'URÈTHRE.

On observe quelquefois sur le gland plusieurs ouvertures qui ont pu faire croire à la duplicité de l'urèthre.

Le gland présente, en général alors, une fente supérieure faisant suite à un canal qui a été trouvé une fois profond de 5 centimètres, mais toujours terminé en cul-de-sac; et une fente inférieure occupant la place du frein de la verge, généralement absent, et représentant le véritable orifice de l'urèthre. Exceptionnellement, la lacune supérieure a un orifice interne.

Trois ouvertures ont été observées sur le gland. On a vu aussi un conduit anormal sous-cutané, situé à la face dorsale de la verge, étendu jusqu'à la symphyse et sans communication avec l'urèthre. Ce conduit était atteint de blennorrhagie.

## II

### LÉSIONS TRAUMATIQUES DE L'URÈTHRE.

#### 1° PLAIES PROPREMENT DITES.

Les corps caverneux sont en général blessés en même temps que l'urèthre par suite des rapports intimes de ces parties.

Les *piqûres* sont rares et sans gravité; elles donnent lieu à un petit écoulement sanguin par le méat, à une ecchymose, et guérissent spontanément en quelques jours.

Les *plaies par instruments tranchants* sont accidentelles ou chirurgicales; à la portion périnéale, elles appartiennent presque toutes

à cette dernière variété; elles succèdent à la taille, à la boutonnière uréthrale, à l'uréthrotomie interne. L'issue de l'urine par la plaie, la tendance rapide à la guérison, l'absence ordinaire de rétrécissement consécutif, caractérisent ce genre de plaie.

Il vaut mieux, en général, ne pas mettre de sonde à demeure et laisser couler par la plaie l'urine, qui retrouve son chemin normal au bout de quelques jours.

Les plaies de la portion libre de l'urèthre sont presque toujours accompagnées d'une solution de continuité des corps caverneux; elles fournissent une hémorrhagie assez abondante mais sans gravité.

Duplay conseille de pratiquer la suture enchevillée de la plaie après introduction d'une sonde à demeure de forme cylindrique.

Les plaies transversales du canal se compliquent d'un rétrécissement consécutif qui ne peut être prévenu que par le maintien prolongé de la sonde à demeure.

#### 2° RUPTURES ET DÉCHIRURES

On désigne ainsi la solution de continuité complète ou incomplète de l'urèthre sans plaie des parties molles. Ces lésions sont beaucoup plus fréquentes dans les régions bulbeuse et membraneuse du canal que dans sa portion pénienne.

**Étiologie.** — *Rupture de la portion pénienne.* — A l'état de flaccidité, l'urèthre a été rompu par un coup de pied de cheval, le passage d'une roue, sa compression contre un tiroir de commode violemment poussé avec la partie supérieure des cuisses, etc.

Le plus souvent l'urèthre se rompt pendant l'érection par torsion ou exagération de courbure de la verge; cet accident se produit, en général, pendant le coït, soit à la suite d'un violent effort d'intromission, soit par un faux mouvement.

La rupture peut aussi se faire quand l'organe en érection, violemment saisi, est tordu ou courbé. Enfin, elle se produit aussi dans la manœuvre brutale qui consiste à *rompre la corde* dans la chaudepisse.

La rupture spontanée peut se faire pendant l'érection, au niveau d'un ancien rétrécissement traumatique (Terrillon).

*Rupture de la portion périnéale de l'urèthre.* — Cette portion se rompt ou dans un choc portant sur le périnée, ou par une fracture du pubis.